



Solicitud para la Divulgación de Información de Salud Protegida Electrónicamente

Por favor complete y devuelva este formulario y documentos de respaldo pertinentes a La Autoridad de Intercambio de Información de Salud de Carolina del Norte (NC HIEA). Complete este documento a mano en letra legible o utilizando un ordenador para que pudiera ser procesado rápidamente.

Pacientes cuya información de salud esté disponible a través de NC HealthConnex pueden solicitar una copia electrónica de esta. NC HealthConnex es la agencia que maneja el intercambio electrónico de información de salud del estado de Carolina del Norte (NC HIEA). La NC HIEA **no** proporciona copias en papel de la información de salud del paciente. Para que su solicitud pueda ser procesada, también debe incluir una copia digitalizada de una identificación con foto emitida por el gobierno, tales como licencia de conducir, pasaporte, o tarjeta de identificación.

Si desea realizar una solicitud de su información de salud protegida, por favor cumplimente y devuelva este formulario y documentos de respaldo pertinentes a la NC HIEA a través del correo electrónico hiea@nc.gov o por correo terrestre: North Carolina Health Information Exchange Authority; Mail Service Center 4101; Raleigh, NC 27699-4101. Usted recibirá una respuesta por escrito en un plazo de 30 días. Si usted tiene alguna pregunta o necesita asistencia adicional, por favor llame al (919) 754-6912.

Información del Paciente (Esta información debe ser la misma que aparece en su identificación.)
Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Nombres Previos: _____
Dirección Residencial: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
<u>Dirección Previa</u>
Dirección Residencial: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Correo Electrónico : _____
Número de Teléfono: _____
Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Licencia de Conducir <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identificación <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otra: _____
<input type="checkbox"/> Compartir información de salud del paciente solicitante al correo electrónico descrito en la parte superior.
Formato solicitado para la información de salud: <input type="checkbox"/> PDF <input type="checkbox"/> Otro: _____
Instrucciones Adicionales: _____ _____ _____
Permiso para Compartir: Doy permiso a la NC HIEA para compartir mi información de salud protegida (ePHI) con las personas o entidades identificadas abajo. <i>Por favor complete esta sección</i>



Únicamente si desea que la NC HIEA comparta su información de salud protegida con otras personas diferentes a las indicadas en la sección de arriba.

Nombre: _____

Dirección Residencial: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____

Número de Teléfono: _____

Entiendo y acepto que:

- La NC HIEA no puede controlar cómo usted o los receptores de la información de salud utilicen o compartan cualquier información proporcionada como resultado de este formulario de Solicitud para Divulgación de Información de Salud. Las leyes federales y estatales que protegen su información guardada en la red NC HealthConnex no protegerán dicha información una vez se haya dado a conocer a usted u otras personas que haya identificado como destinatario.
- Esta autorización es voluntaria.
- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud escrita a la NC HIEA, salvo que la información ya haya sido publicada.
- La NC HIEA sólo puede proporcionar datos enviados a NC HealthConnex por proveedores de salud participantes y otras entidades. Los datos facilitados en virtud de esta solicitud se proporcionan “tal cual” y “según disponibilidad” sin garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita, incluyendo, pero no limitado a, garantías implícitas de comercialidad, idoneidad para un fin particular, y de no infracción.
- La NC HIEA proporciona a pacientes (solicitantes) con un documento que consolida su atención médica, la cual incluye información enviada por aquellos proveedores que se encuentre conectados a la red NC HealthConnex.
- Conforme con las leyes de Carolina del Norte, si usted está llenando este formulario para su hijo o un menor de edad del cual usted es su tutor legal, información sobre las siguientes condiciones no será proporcionada (en la medida que sea posible por la NC HIEA separar esta información): (i) Enfermedades contagiosas, incluyendo enfermedades de transmisión sexual, (ii) embarazo, (iii) abuso de sustancias controladas o alcohol, y (iv) condiciones de salud mental. Véase [N.C.G.S. § 90-21.5](#).
- Si he recibido datos erróneamente sobre una persona a la cual no estoy autorizado, me comunicaré con la NC HIEA inmediatamente. No revisaré o compartiré información recibida por error con otras personas y asistiré al NC HIEA a destruir copias de esos datos.
- La NC HIEA no proporciona tratamiento médico, ni crea registros médicos. La NC HIEA no tiene una relación proveedor-paciente con ninguna persona y no puede cambiar la información de salud protegida dentro del registro de salud de un individuo o dentro de la red NC HealthConnex. Si necesito enmendar la información del registro de un proveedor que existe dentro de la red NC HealthConnex, entonces me contactaré con ese proveedor de atención médica.
- He tenido la oportunidad de contactar la NC HIEA con preguntas que podría tener.

Firme del Paciente: _____

Nombre en letra molde: _____ Fecha: _____



Cuando se solicitan registros para un menor o una persona que no tiene la capacidad jurídica para dar su consentimiento, se requiere la firma de un padre, tutor u otro representante legal.

Firme del Representante Legal Autorizado: _____

Nombre en letra molde: _____ **Fecha:** _____

Su relación con el paciente:

Padre/tutor Cuidador con autoridad para tomar decisiones de salud

Solo para uso oficial de la NC HIEA: Esta sección debe completarse antes de enviar la información de salud protegida a través de correo electrónico cifrado.

Revisado por: _____

Recibido en: _____

Recibido por el solicitante en: _____